

**INSTITUTO ESPECIALIZADO DE NIVEL SUPERIOR
ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA
ANTECEDENTES MÉDICOS (Nivel Básico)**



Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ No Convocatoria

INSTRUCCIONES

Este formato debe ser llenado en su totalidad por el aspirante sin omitir datos, con el fin de tener información completa, precisa y confiable de su situación actual, por lo cual se hace necesario que las respuestas sean sinceras, claras y detalladas. Cuando lo solicitado no corresponde o no aplica a usted, deberá escribir N/A (No aplica)

IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	
No DE DUI	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
	Día Mes Año		
TRATAMIENTOS REALIZADOS (Explique)			

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO DE SALUD	SI HA MUERTO LA CAUSA	EDAD EN QUE MURIO	EN LA FAMILIA SE HAN PRESENTADO CASOS DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre					Tuberculosis			
Madre					Diabetes			
Esposa (o)					Cáncer			
Hermanos					Enfermedades del riñón			
					Enfermedades del corazón			
					Enfermedades del estómago			
					Reumatismo			
					Alergias			
Hijos					Epilepsia			
					Suicidio			
					Enfermedades mentales (locos)			
					Asma			

**INSTITUTO ESPECIALIZADO DE NIVEL SUPERIOR
ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA
ANTECEDENTES MÉDICOS (Nivel Básico)**



HISTORIA MEDICA PERSONAL														
USTED HA SUFRIDO O SUFRE DE: (Marque Si o No según corresponda)														
Erisipela	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Inestabilidad de alguna articulación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perturbaciones de los ojos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Neumonía	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia (Baja azúcar en sangre)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ha sido operado de los ojos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cólicos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Usa gafas o lentes de contacto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Gastritis aguda o crónica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Micciones frecuentes o dolorosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Rinitis alérgica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Úlcera Gástrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perturbaciones de la nariz	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Color amarillo en piel o mucosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tartamudo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hernias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Varicocele	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perturbaciones del oído	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Atrofia testicular o ausencia testicular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perforación del tímpano	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Desviación de la columna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Usa aparatos para oír	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pie plano	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Parálisis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mareos carro, avión o mar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Usa aparato ortopédico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Pérdida del conocimiento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Bocio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Marcha con cojera permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Trauma craneal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Tensión arterial alta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Várices de miembros inferiores	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Depresión o angustia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones en reposo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Fracturas (Zafadura de hueso)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Ideas o intentos suicidas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Soplo cardiaco	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Fracturas corregidas con clavos o placas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hemorragia excesiva heridas pequeñas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Asma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Luxaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cáncer	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Bronquitis aguda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Deformidad de huesos o articulaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tumores	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anemia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Dolor o inflamación de articulaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Adicto a narcóticos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Alérgico al frío, polvo o productos químicos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Adicto a bebidas alcohólicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
					Enfermedades de transmisión sexual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cirugía abdominal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
					¿Cuáles?					¿Por qué?				

MUJERES			
Edad de la primera menstruación	_____	Número de cesáreas	_____
Ciclos	___ X ___	Número de hijos fallecidos	_____
(Cada cuantos días le llega la menstruación X Cuantos días le dura)		Fecha ultima citología	Mes ___ Año ___
Fecha de la ultima menstruación	_____	Método de planificación	
Número de hijos	_____	Desarreglos menstruales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Embarazos Interrumpidos	_____	Flujo vaginal crónico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Otros	_____

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		
¿Ha trabajado con productos químicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuales y tiempo _____
¿Ha tenido enfermedad o lesiones relacionadas Con el trabajo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuales _____
¿Ha sido declarado inhábil para desempeñar Un trabajo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué? _____
¿Ha sido rechazado en instituciones militares?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué? _____
¿Ha sufrido heridas por armas de fuego o Corto punzante?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Qué órgano afectó? _____
¿Ha estado hospitalizado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por qué causas? _____

**INSTITUTO ESPECIALIZADO DE NIVEL SUPERIOR
ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA
ANTECEDENTES MÉDICOS (Nivel Básico)**



<p>¿Ha sido expuesto a ruido, radiaciones o Sustancias biológicas?</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Qué órgano afectó? _____
<p>En caso de haber prestado servicio militar o haber sido miembro activo de la fuerza armada, conteste lo siguiente:</p>			
<p>Tratamientos realizados _____ _____</p>			
<p>Unidad donde reposa la historia clínica _____ _____</p>			

OBSERVACIONES ADICIONALES DEL ASPIRANTE	
<p>Declaro que he revisado y suministrado la información anterior, que es verdadero y autorizo a los señores médicos a revisarla y validarla. De igual forma que conozco la normatividad que rige el proceso de convocatoria y selección.</p>	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE	FIRMA DEL ASPIRANTE